

бассейне мощность бета-2-колебаний снижена только в отведениях Fp2A2, C4A2, P3A1, P4A2, а у пациентов с инсультом в левом каротидном бассейне достоверных изменений спектральной мощности в диапазоне бета-2-колебаний выявлено не было.

Выводы. Таким образом, у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне отмечается распространенное усиление медленноволновой активности в диапазоне дельта-колебаний, а также снижение мощности альфа- и бета-колебаний с акцентом как на стороне бассейна нарушения мозгового кровообращения, так и в интактном полушарии.

Полученные данные свидетельствуют о снижении функциональной активности головного мозга в восстановительном периоде ишемического инсульта по данным спектрального анализа ЭЭГ.

Литература:

1. Иванов, Л. Б. Прикладная компьютерная электроэнцефалография / Л.Б. Иванов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ПБОЮЛ Т.М. Андреева, 2004. – 352 с.
2. Солкин, А. А. Динамика изменений функционального состояния ЦНС по данным спектрального анализа ЭЭГ у пациентов после перенесенных ишемических инсультов в каротидном бассейне под влиянием интервальной нормобарической гипокситерапии / А. А. Солкин // Мед. панорама. – 2013. – № 5 (140). – С. 24–29.

РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Фомин Ф.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Желчнокаменная болезнь(ЖКБ) входит в перечень самых распространенных расстройств среди патологии желудочно-кишечного тракта и, в тоже время, второй по частоте причиной хирургического вмешательства после аппендицита [1].

Хирургическая операция сама по себе является сильным стрессовым фактором, неизбежно влияющим на течение заболевания, лечение и реабилитацию [2].

Вместе с тем выделяют ряд психосоциальных факторов, способствующих адаптации к стрессовым ситуациям относительно независимо от характеристик этих ситуаций. К ним относят комплекс адаптивных индивидуально-типологических (преимущественно когнитивно-стилевых) особенностей (например, копинг-компетентность, оптимизм, самоуважение, интернальный локус контроля, жизнестойкость и т.п.), а также свойства социальной сети и адекватность социальной поддержки [3].

Цель: изучение реакции на стресс хирургической операции у пациентов с ЖКБ.

Материал и методы. Обследованы 59 пациентов с проходящих лечение на базе УЗ ВГКЦБСМП, с диагнозом «желчнокаменная болезнь», прошедших оперативное лечение и прошедшие патопсихологическое тестовое обследование в 1-2 сутки после оперативного вмешательства. Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 17$ лет. В качестве контроля исследованы 20 здоровых людей не имеющих психических расстройств у которых не диагностирован диагноз желчнокаменной болезни.

Тревожные проявления были изучены при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина. Согласно валидации метода до 30 баллов низкий уровень тревоги, от 31 до 45 средний уровень тревоги, больше 45 баллов свидетельствует о высокой выраженности тревожных нарушений. Шкала делится так же на ситуационную и личностную тревожность.

Стратегии совладания со стрессом изучены при помощи копинг-теста Лазаруса.

Результаты и обсуждение. Уровень тревожности у пациентов с желчнокаменной болезнью ($n=59$) на 1-2 сутки после оперативного вмешательства. Ситуационная тревожность в ближайший послеоперационный период составила 34 (30:43) балла. У 14 пациентов (23,7%) выявлен низкий уровень, у 30 пациентов (50,8%) средний уровень, у 15 пациентов (25,5%) высокий уровень ситуационной тревожности. Уровень личностной тревожности составил 43 (38:53) балла. У 6 пациентов (10,2%) выявлен низкий уровень, у 23 пациентов (39%) средний уровень, у 30 пациентов (50,8%) высокий уровень личностной тревожности.

В группе здоровых людей ($n=20$) показатель ситуационной тревожности составил 23 (22:26) балла. У 18 человек (90%) выявлен низкий уровень ситуационной тревожности, и у 2 (10%) - высокий уровень. Уровень личностной тревожности составил 35 (39:38) баллов. У 7 человек (35%) выявлен низкий уровень, у 11 человек (55%) средний уровень, у 2 человек (10%) - высокий уровень личностной тревожности. Показатели тревожности в группе здоровых людей были достоверно ниже ($p<0,05$), чем у пациентов с желчнокаменной болезнью в ближайший послеоперационный период.

Для анализа поведения пациентов с желчнокаменной болезнью, оказавшихся в стрессовой ситуации хирургического лечения, использован копинг-тест Лазаруса. У пациентов с желчнокаменной болезнью ($n=59$) медианные значения стратегий совладания со стрессом составили по шкалам: «Конфронтация» - 56 (39:61) баллов, «Дистанцирование» - 61 (44:72) балл, «Самоконтроль» - 81 (67:81) балл, «Поиск социальной поддержки» - 78 (67:89) баллов, «Принятие ответственности» - 83 (58:92) балла, «Бегство» - 50 (37:62) баллов, «Планирование» - 78 (54:89) баллов, «Положительная переоценка» - 67 (52:81) баллов.

В группе здоровых людей ($n=20$) значения копинг-тест Лазаруса составили: «Конфронтация» - 50 (41,5:56) баллов, «Дистанцирование» - 50

(41,5:64) баллов, «Самоконтроль» - 81 (71:83,5) балл, «Поиск социальной поддержки» - 78 (64:83) баллов, «Принятие ответственности» - 83 (75:92) балла, «Бегство» - 39,5 (27:50) баллов, «Планирование» - 83 (61:86) балла, «Положительная переоценка» - 81 (73,5:88) балл.

У пациентов с желчнокаменной болезнью отмечены достоверно более высокие показатели, чем у здоровых людей по шкалам «Дистанцирование» ($p<0,05$), «Бегство» ($p<0,05$) и более низкие показатели по шкале «Положительная переоценка» ($p<0,05$).

Таким образом, по данным копинг-теста Лазаруса для пациентов с желчнокаменной болезнью выявлена склонность к субъективному снижению значимости стрессовой ситуации и степени эмоциональной вовлеченности, за счет рационализации, обесценивания, переключения внимания. По сравнению со здоровыми людьми для пациентов с желчнокаменной болезнью было характерно быстрое снижение уровня напряженности путем избегания когнитивного проживания стрессовой ситуации, вплоть до полного игнорирования или отрицания проблемы. Являясь элементами гипонозогнозической реакции, указанные формы реагирования могут быть причиной обесценивания пациентами симптомов или предписаний врача, повышая риск осложнений.

У пациентов с желчнокаменной болезнью выявлена корреляция средней силы между показателями, отражающими величину личностной тревожности и показателями шкал определяющими стратегии совладания со стрессом «Дистанцирование» ($r=0,33$) и «Принятие ответственности» ($r=0,35$). Между собой обозначенные копинг-стратегии имели положительную корреляционную связь ($r=0,38$), а одновременное сочетание представленных стратегий совладания со стрессом в качестве предпочитаемого (>67 баллов) выявлено у 24 пациентов (40,7%). Полученные данные можно рассматривать как склонность части пациентов с желчнокаменной болезнью к личностному конфликту, который заключался в одновременном стремлении признания своей ответственности в стрессовой ситуации и попытке отмежеваться от существования проблемы.

Выводы.

У пациентов с желчнокаменной болезнью в ближайший послеоперационный период отмечается более высокий уровень дезадаптации по сравнению со здоровыми людьми.

В структуре реакции на стресс у пациентов с желчнокаменной болезнью в 40,7% случаев наблюдается внутриличностный конфликт, сопровождающийся тревожными нарушениями.

Литература:

1. Reshetnyak, V. I. Concept of pathogenesis and treatment of cholelithiasis / V. I. Reshetnyak // World J Hepatol. Feb 27;4 (2):18-34.
2. The influence of alexithymia on persistent symptoms of dyspepsia after laparoscopic cholecystectomy / P. Porcelli [et al.] // Int J Psychiatry Med. – 2007. – Vol. 37. – P. 173–184.

3. Рыльская, Е. А. Психологическая Концепция Жизнеспособности Человека (Psychological Concept of Human Viability) / Е. А. Рыльская. – Челябинск, 2013. – 336 с.

СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНО- ЛИЧНОСТНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ ВГМУ

Ширко О.В., Дятлова А.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Современная система высшего образования предполагает внедрение новых образовательных стандартов, базирующихся на «компетентностном подходе» [1]. Это понятие включает не только необходимость формирования у студентов умений и навыков на основе фундаментальных знаний, но и развитие таких качеств как самостоятельность, стремление и готовность к саморазвитию, ответственность, творческие способности. Различают базовые или профессиональные компетенции, формирующиеся на основе знаний, умений, навыков и проявляющиеся в профессиональной деятельности, и общие или социально-личностные, которые отражают ценностные ориентации человека, его мотивацию, и проявляются во всех сферах деятельности [1,2].

Образовательный процесс для студентов включает не только посещение лекций, семинаров, практических и лабораторных занятий, но и активное участие в научной и творческой работе. Одним из направлений деятельности студентов, способствующих формированию как профессиональных, так и социально-личностных компетенций, является научно-исследовательская работа. Также имеется возможность представления своих достижений на различных мероприятиях: научно-практических конференциях, олимпиадах, конкурсах. Одной из форм организации научной студенческой работы являются студенческие научные кружки (СНК). Участие в работе СНК помогает студенту глубже узнать специальность, что в итоге будет способствовать правильному профессиональному выбору, а также оценить свои возможности в научно-исследовательской работе.

Цель нашей работы заключалась в анализе основных видов деятельности СНК на кафедре неврологии и нейрохирургии ВГМУ и их влияние на формирование профессиональных и социально-личностных компетенций студентов.

В течение нескольких десятков лет на кафедре неврологии и нейрохирургии ВГМУ активно функционирует СНК, его клинической базой являются неврологическое и нейрохирургическое отделения Витебской